

# Organisation du Risque Épidémique et Biologique

F-Xavier Lescure [xavier.lescore@aphp.fr](mailto:xavier.lescore@aphp.fr)

Service de maladies infectieuses et tropicales, hôpital Bichat, APHP, Paris

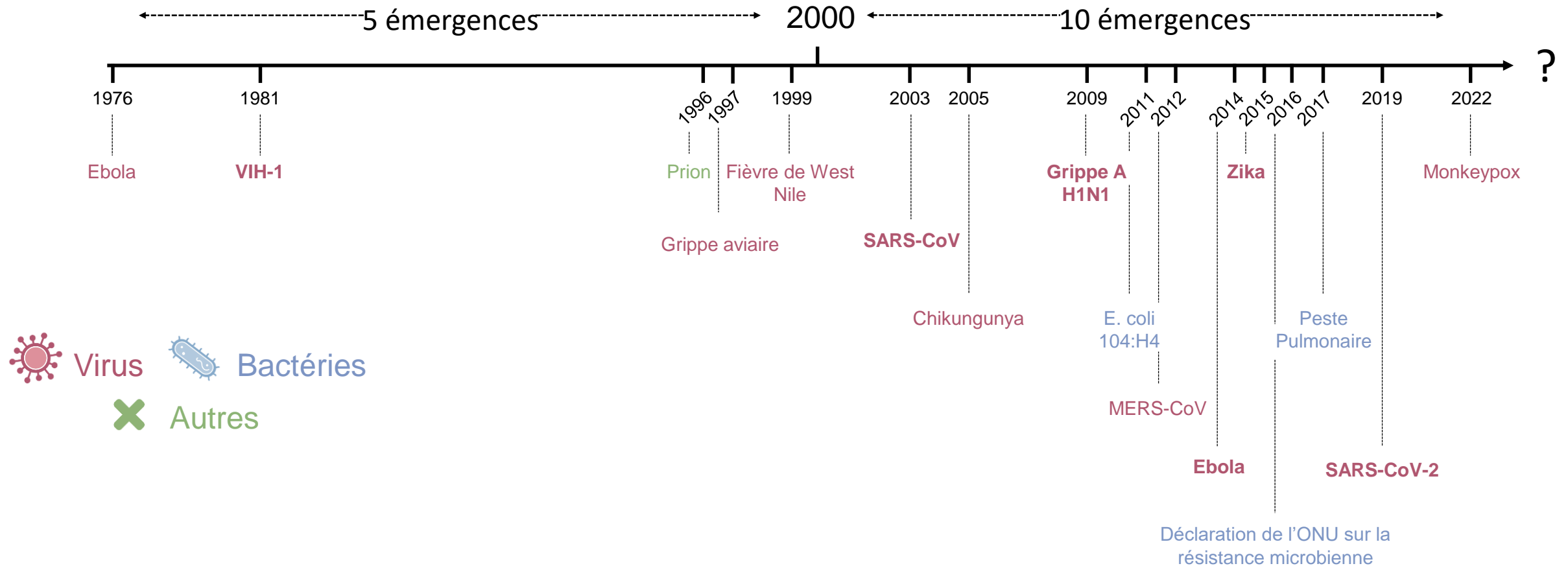
IAME, UMRS 1137, Inserm, Université de Paris cité

COVARs – COREB – EID ESCMID

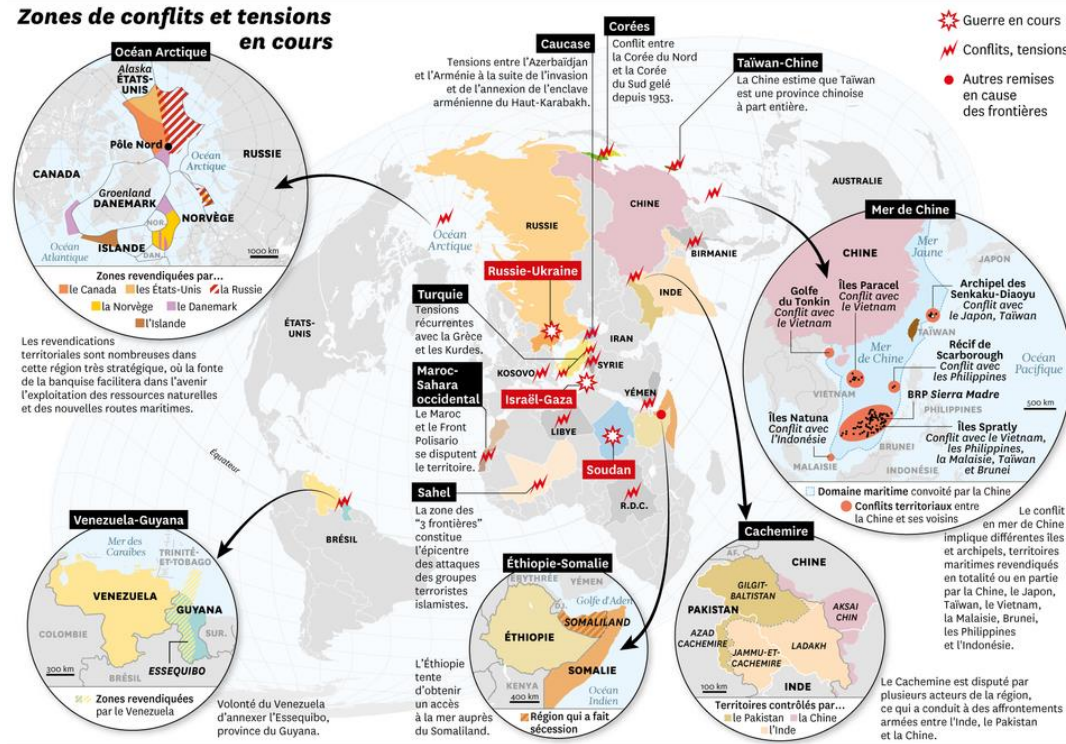
# Les principaux moteurs de l'émergence

1. Changement climatique
2. Déclin de la biodiversité
3. Surdensité de la population
4. Déforestation massive
5. Ultra urbanisation
6. Pollution des environnements<sup>3</sup>
7. Elevage intensif
8. Surconsommation
9. Facilité de transport des personnes, animaux et produits
10. Trafic illégaux d'animaux exotiques

# Augmentation des émergences infectieuses



# Le contexte international...



# Les principales menaces infectieuses émergentes

## Avérées et/ou à lourd impact

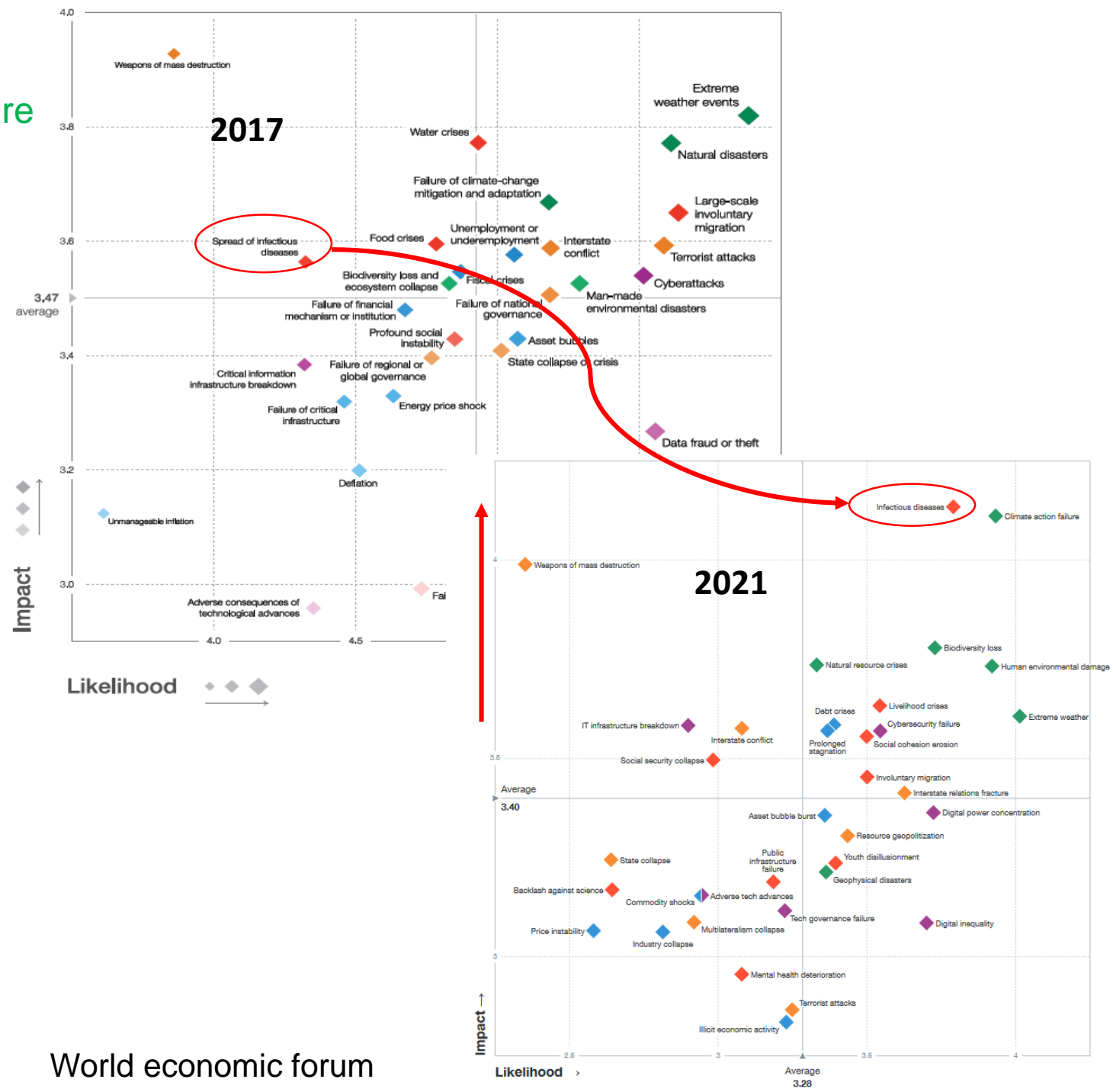
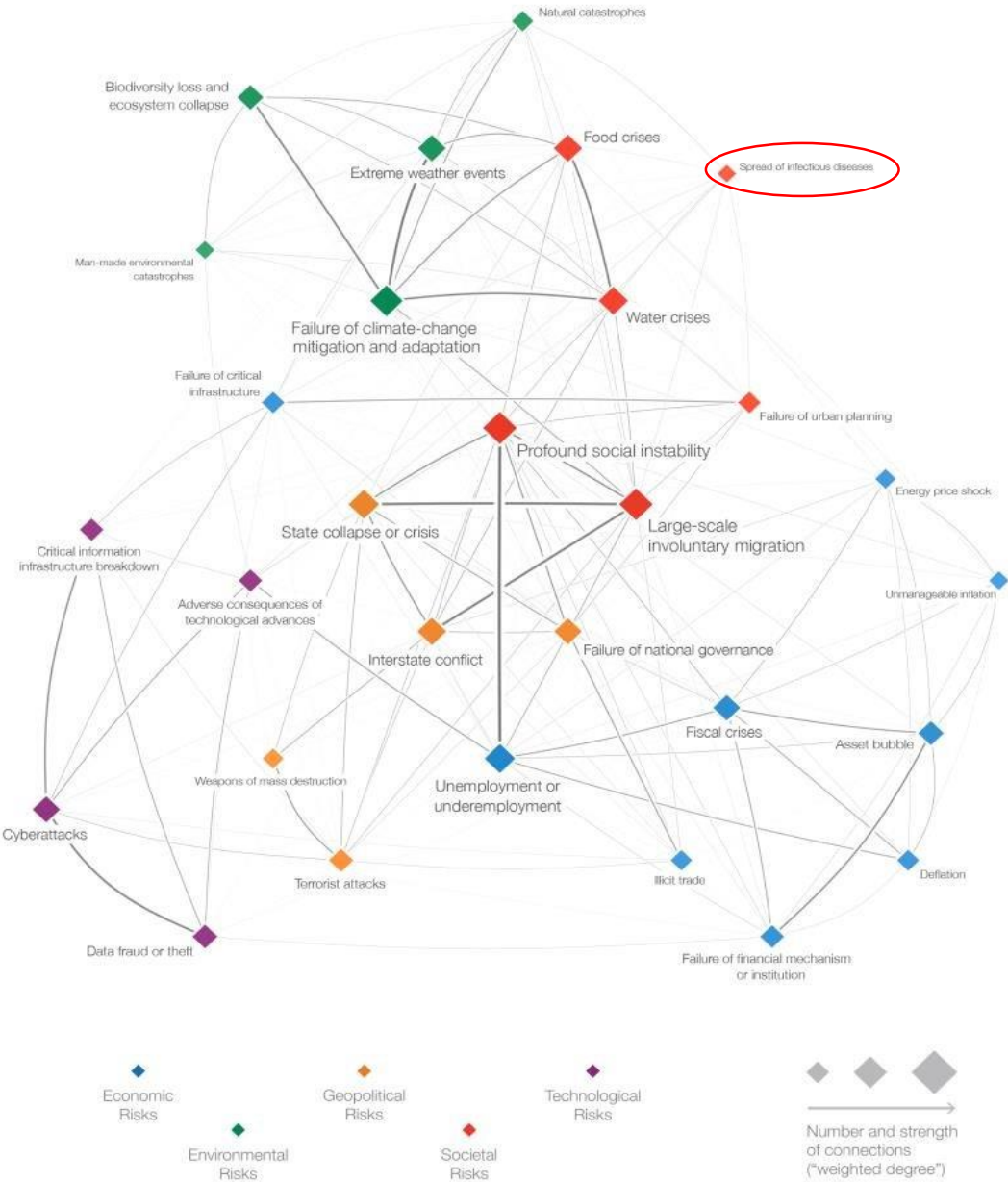
- Virus respiratoires pandémiques
  - gripes et coronavirus
- Maladies vectorielles à moustiques
  - Arboviroses
- Varioles
  - Mpox
  - +/- Variole (bioterrorisme)
- Maladies vectorielles à tiques
  - Lyme
  - Fièvre hémorragique de Crimée Congo
- AMR
- Infodémie, vaccino-septicisme et complotisme

## Plus hypothétiques et « exotiques »

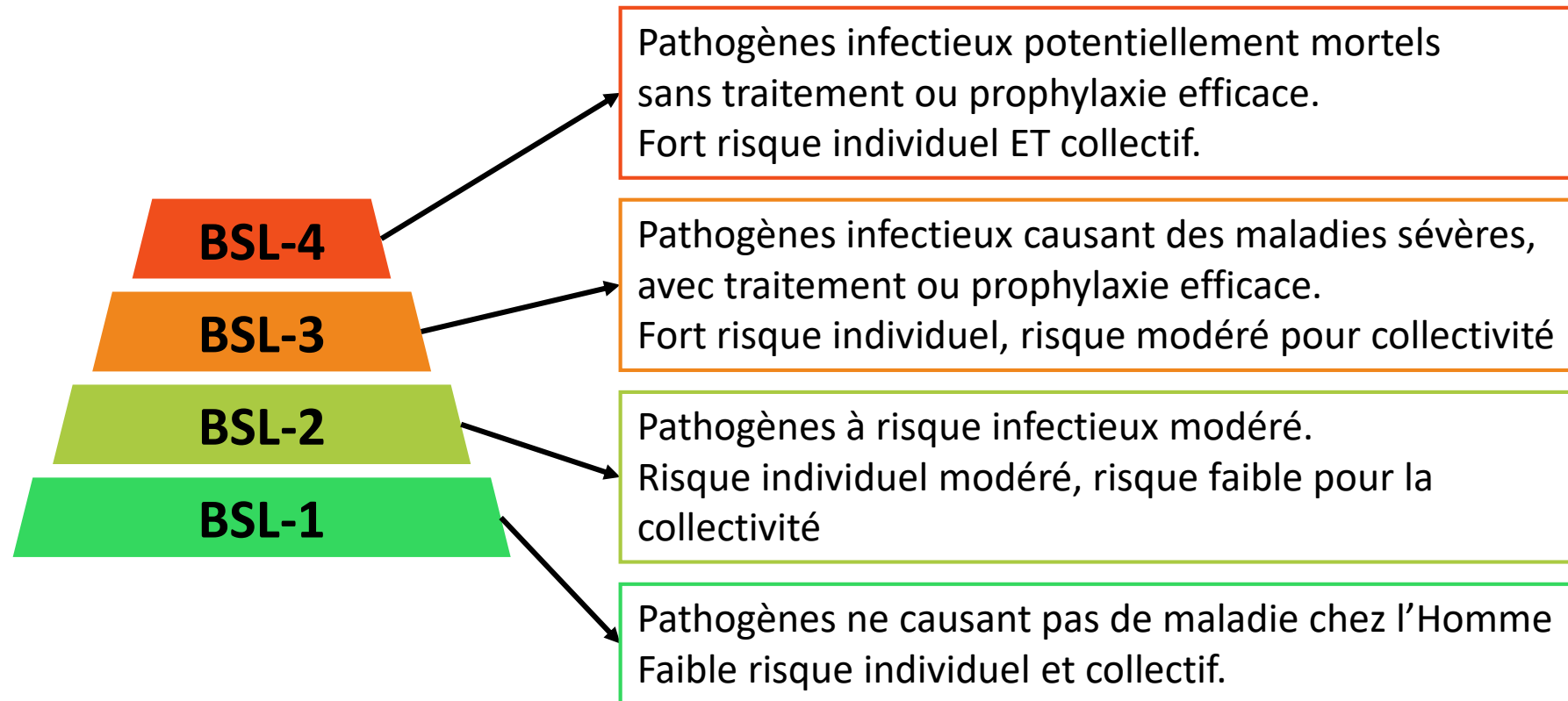
- FHV
  - Ebola, Marburg, etc.
- Peste, choléra et TB
- VIH SIDA...
- Syndromes post-infection aigues
- Fonte du permafrost

# Risques globaux:

## lien émergence-climat-biodiversité-crise alimentaire

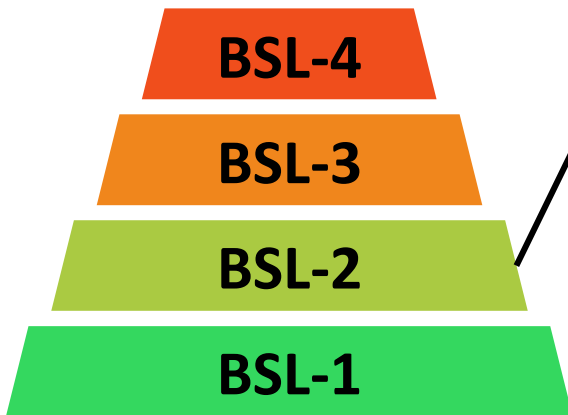


# Laboratoires de sécurité biologique



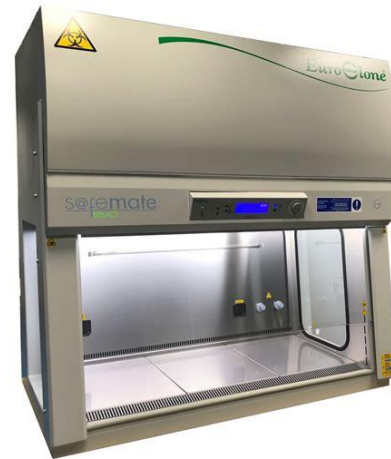
- Niveau de laboratoire de sécurité microbiologique dépend de la classification de l'agent infectieux recherché.
- Classification des agents infectieux publiée au Journal Officiel.

# Laboratoires de sécurité biologique



Pathogènes à risque infectieux modéré.  
Risque individuel modéré, risque faible pour la collectivité.

Ex: Candida albicans, E. coli, S. aureus, virus des hépatites, VIH (diagnostic)



Poste de Sécurité Microbiologique (PSM)



Equipements de Protection Individuelle (EPI)



## Laboratoire P2

- Laboratoire avec porte séparée
- Utilisation d'un PSM
- Port d'un masque NON obligatoire (dépend des pathogènes recherchés)

# Laboratoires de sécurité biologique

Pathogènes infectieux causant des maladies sévères,  
avec traitement ou prophylaxie efficace.  
Fort risque individuel, risque modéré pour collectivité

Ex: VIH (culture), tuberculose

**BSL-4**

**BSL-3**

**BSL-2**

**BSL-1**



**Laboratoire P3**

(EPI = combinaison protectrice  
AVEC protection respiratoire)



**Autoclave**

(déchets inactivés)



## Laboratoire P3

- Laboratoire en pression négative
- Entrée via sas
- Entrée séparée des prélèvements et du personnel

# Laboratoires de sécurité biologique

Pathogènes infectieux potentiellement mortels sans traitement ou prophylaxie efficace.  
Fort risque individuel ET collectif.

Ex: Ebola, variole, Lassa virus

**BSL-4**

**BSL-3**

**BSL-2**

**BSL-1**



**Laboratoire P4**

(EPI = scaphandre hermétique avec pression positive)

3 P4 en France :

- J. Mérieux à Lyon (INSERM)
- 2 P4 militaires (Essonne)

Si déchirure, l'air sort de la combinaison et n'y rentre pas.



**Laboratoire P4**

- Sas avec douche
- Autoclave doit être dans le laboratoire P4
- Alimentation de secours

# PROTEGER → Protéger soignants et environnement, collectivité

Dépister

Protéger

Prendre en charge

Alerter

Orienter

## Précautions standards d'hygiène +++

Agent infectieux connu : mesures de protection adaptées au mode de transmission

Agent infectieux non connu : application des précautions standards d'hygiène + mesures de protection REB :

**PRÉCAUTIONS REB** Risque Epidémique et Biologique  
En complément des précautions standard

**PATIENT**  
masque de soins  
Box ou chambre individuelle (avec possibilité d'aération)  
Port du masque hors de la chambre, ou en présence des professionnels

**ACCOMPAGNANTS**  
Masque FFP2 dans le box avec le malade (pas d'allées /venues)

**PROFESSIONNELS**  
Equipe identifiée et restreinte  
Surblouse UU à manches longues et tablier UU si soins mouillants  
Protection chevelure (charlotte ou calot)  
Masque FFP2 avant d'entrer (fit-check)  
Lunettes anti-projections  
Friction Hydro-alcoolique des mains avant et après chaque contact avec le patient  
Gants à usage unique  
Maintenir la porte fermée  
Éliminer les équipements de protection individuels en DASRIA  
Friction hydroalcoolique des mains en sortant  
Blonettoyage soigneux (procédés habituels avec port des EPI)

PHA

FFP2

Porte fermée

DASRIA

# Nouvelles recommandations EPI HCSP 2022

## Microorganisme de classe 4

- Cas non sécrétant



- Cas sécrétant/avéré



**Modalités d'habillage définies par le médecin en collaboration  
avec l'équipe et le superviseur**

# Problématique de la prise en charge de la MVE en soins intensifs

## Nécessité de protéger le personnel soignant et l'environnement

- Personnel nombreux, formé, expérimenté et volontaire
- Coût élevé (EPI notamment)
- Biosécurité très compliquée à gérer  
(déchets, décontamination, soins...)
- Chambres d'isolement en dépression avec sas d'habillage  
*Disponibles dans les ESR*



Norvège, 2015



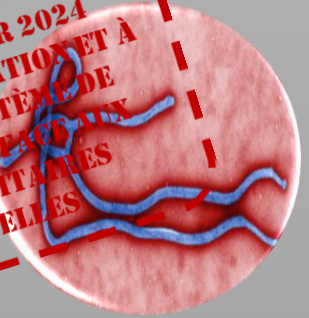
CTE, Royal Free Hospital, London, 2014



Hôpital Bégin, 2015

# Dispositif national ORSAN

DÉCRET DU 3 JANVIER 2024  
RELATIF À LA PRÉPARATION ET À  
LA RÉPONSE DU SYSTÈME DE  
SANTÉ POUR FAIRE FACE AUX  
SITUATIONS SANITAIRES  
EXCEPTIONNELLES



REB



Epi-clim



NRC



AMAVI



MEDICO-  
PSY



Renfort des missions de référence

# Le dispositif ORSAN

1

ORSAN  
MEDICO-PSY

2

ORSAN  
AMAVI

3

ORSAN  
NRC

4

ORSAN  
EPI-CLIM

5

ORSAN  
REB

1- La mobilisation des ressources humaines

2 - La montée en puissance de l'offre de soins critiques

3 - L'organisation des évacuations sanitaires

4 - L'organisation d'une vaccination exceptionnelle

5 - Le dépistage massif d'agents infectieux

6 - L'évacuation des établissements sanitaires

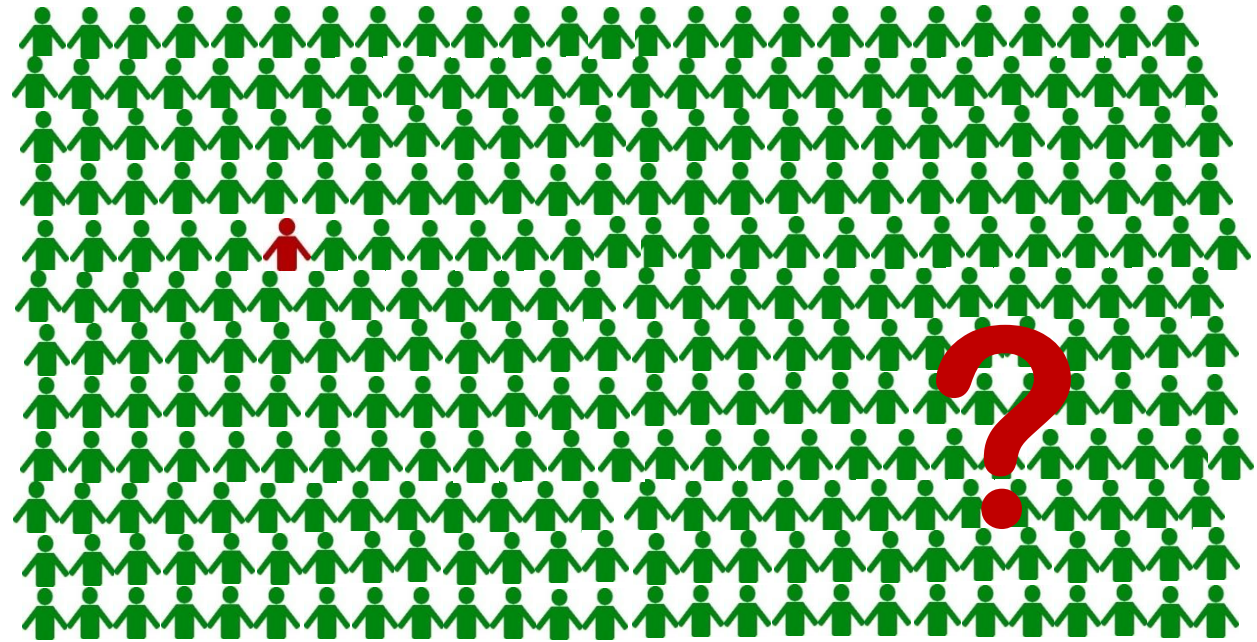
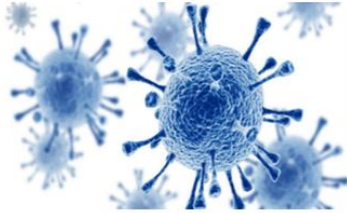
7- La coordination de la sécurisation des établissements sanitaires

8 - Le renforcement de la cybersécurisation des établissements de santé en SSE

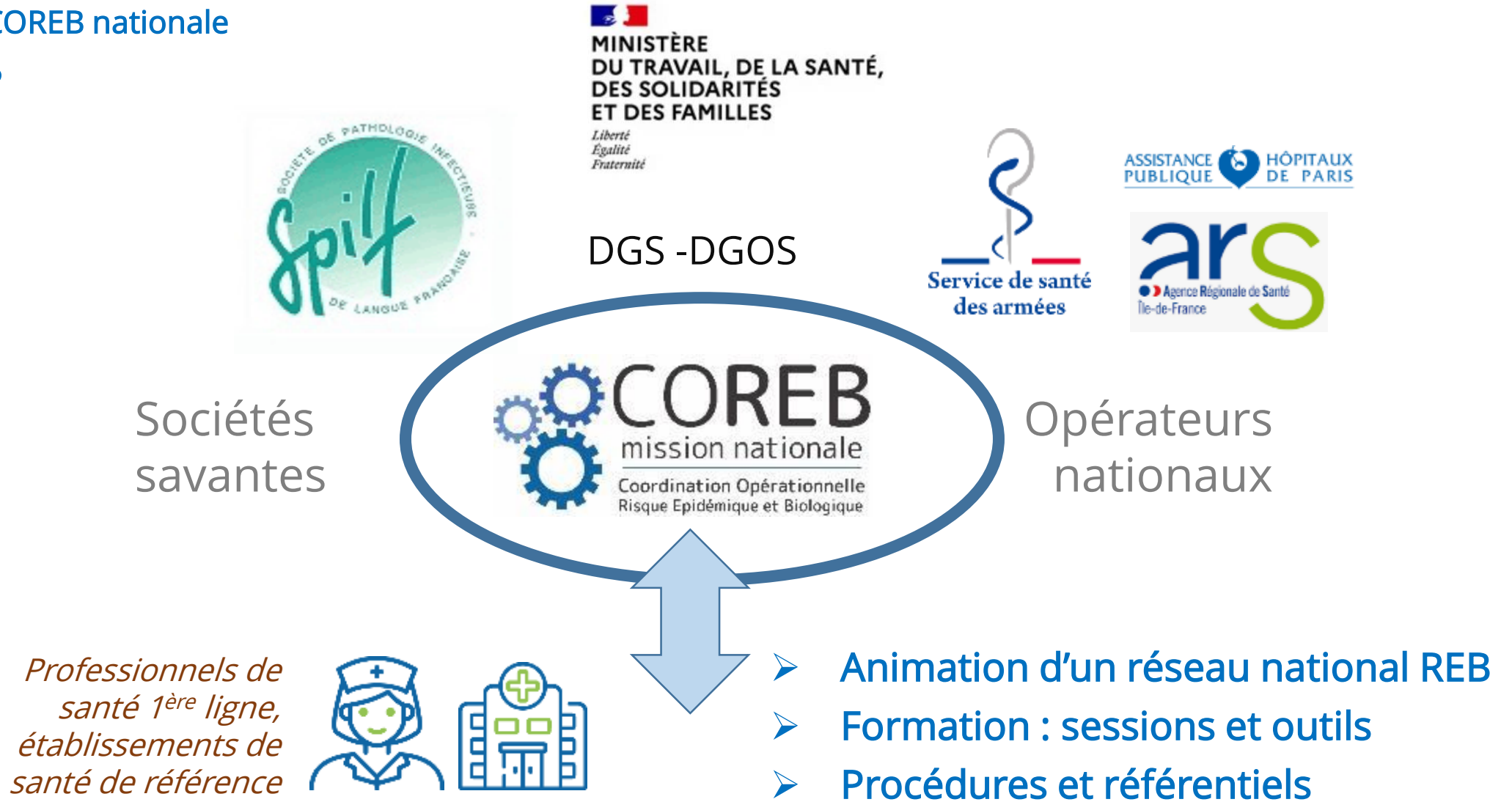
9 - L'organisation de l'accueil des renforts humains et matériels



# Caractéristique du REB



La mission COREB nationale  
Depuis 2015



# Différents supports



## Infection par le Mpox virus (MPXV) État des connaissances

Document de formation et d'information à destination des professionnels de santé  
Version powerpoint disponible sur demande auprès de la mission COREB nationale

Actualisation le :  
28/10/2024

Contributions à la version de janvier 2023 :

- Santé publique France
- CNR-LE - Orthopoxvirus : O Ferraris
- CHU Toulouse : G Martin-Blondel
- SH2H : P Parneix
- SPILF : O Launay
- SFP et GPII
- SFD et GR/IDIST

Coordination :

Mission COREB nationale

### AVERTISSEMENT

Ce document a été élaboré par le groupe de travail en janvier 2023 et a été révisé par la mission COREB en 2024. Il n'a pas vocation à être exhaustif de l'ensemble des données publiées dans la littérature mais propose une mise à disposition synthétique des données validées à ce jour, publiées dans des revues scientifiques ou promues par les recommandations nationales.



Newsletter du 21 janvier 2025

## Newsletter

**INFORMATION pour les soignants de 1<sup>ère</sup> ligne** version 24 octobre 2024

**Infection par le Mpox virus Repérer et prendre en charge un patient infecté**

Le Mpox ou « varicelle du singe » (orthopoxvirus / poxviridae) est un virus apparenté à la varicelle. Les foyers épidémiques habituels se situent en Afrique. Depuis mai 2022, des patients sans notion de voyage ont été identifiés en dehors d'Afrique, avec une transmission interhumaine responsable d'une augmentation notable du nombre de cas (clicode 1b). Depuis septembre 2023, un nouveau clade émergent (clicode 1b) est responsable d'une épidémie en Afrique centrale (principalement en République Démocratique du Congo). Le risque d'importation est considéré comme faible. Les informations concernant la présentation clinique et la contagiosité restent partielles mais nécessitent une vigilance accrue pour les soignants prenant en charge les patients cas suspects → mesures de protections impératives et diagnostic virologique de certitude (technique validée et envoi des souches au CNR pour séquençage).

**Repérer un patient suspect, diagnostic clinique**

► **Signes d'appel - incubation habituelle de 7 à 14 jours (min 5) - max 21 jours**

**Tableau clinique :** Eruption éruciforme = macules - vésicules, pustules, parfois de grande taille, avec ombilication centrale, parfois nécrotiques, pseudofolliculaires, inflammation péri-lésionnelle, pouvant atteindre tout le corps notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu, région ano-génitale, bouche. Pousseé unique en général, mais possibilité de lésions d'âges différents. Douleurs lors des poussées, peu de prurit. Guérison en 2 à 4 semaines, avec formation de croûtes, elles-mêmes encore infectieuses. Souvent accompagnée de fièvre et d'adénopathies.

Exposition depuis mai 2022 → **Clade II** : cas mondiaux autochtones liés à des transmissions cutanées lors de rapports sexuels  
Exposition depuis septembre 2023 → **Clade 1b** : foyers d'Afrique (basin du Congo, RDC, pays d'Afrique centrale), contact avec animaux (rongeurs, singes), consommation de viande de brousse, contact avec patient infecté (ces lésions cutanées, ses affaires personnelles), transmissions intrafamiliales possibles.

► **Diagnostic différentiel :** hépatite virus dont varicelle, rougeole, varicelle, infections bactériennes cutanées, syphilis secondaire, dermatite bulleuse non-infectieuse, gale, allergies - cf fiche dermatite coreb.infectiologie.com/fr/theses-pratiques.html

**Recours à l'expertise pour diagnostic et orientation : infectiologue référent, via Centre 15 si besoin**

**Protéger (ville / établissement de santé / transport sanitaire) dès la suspicion**

**Transmission interhumaine directe et indirecte, respiratoire et contact**

**Patient contagieux du début des symptômes jusqu'à guérison complète des lésions cutanées → ISOLEMENT**

► **Patient :** masque chirurgical + hygiène des mains + couvrir les lésions cutanées si possible.  
► **Soignant :** En milieu de soins : précautions complémentaires contact et port d'un masque de soins  
En situation de risque d'aérosolisation : appareils de protection respiratoire type FFP2

► **Traitement des surfaces :** désinfectant norme 14476 avec au minimum une virucide à spectre limitée

► **Déchets de soins :** filtre DASRI. ► **Identification précoce des personnes contact à risque :** avec AIS pour contacts communautaires pour contact tracing ou contact warning selon situations, avec équipes d'hygiène et santé au travail pour contacts en milieu de soins. Proposer la vaccination (vaccins de 3<sup>ème</sup> génération) dans les 4j après le contact à risque, au maximum 14j. La HAS recommande une vaccination précoce chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples, les travailleurs du sexe, les professionnels des lieux de consommation sexuelle et les partenaires ou les personnes partageant le même lieu de vie que celles citées ci-dessus.

**Prendre en charge dont diagnostic biologique**

► **Recherche de signes de gravité :** létalité peu documentée (jusqu'à 10 % des cas en Afrique). Les complications pouvant être : éruption majeure (plus de 100 vésicules), formes digestives, ORL avec complications locales, atteinte cornéenne, signes encéphaliques, sepsis, surinfection, pneumopathie. Ces formes-là nécessitent une hospitalisation en ESR, voire en CHU si conditions de prise en charge clinique et biologique adaptées (cf avis HCSP).

► **Populations plus à risque de formes graves :** immunodéprimés, grossesse car transmission materno-fœtale / périnatale possible avec formes graves du nouveau-né, attention particulière pour les enfants (forme plus sévère).

► **Population possiblement partiellement protégée :** vaccins varicelle (nés < 1980).

► **Diagnostic par test RT-PCR spécifique MPXV de genre Orthopoxvirus avec prélèvements dans un laboratoire habilité :** cutanéomuqueux : écouvillon sec en frottant plusieurs macules/vésicules/pustules, ou croûtes, voire biopsie ET prélèvement oropharyngé en systématique car très rentable. Modalités précises et **avis prélevement coreb.com/investigation.com/fr/theses-pratiques**. **Tout cas confirmé doit faire l'objet d'un envoi de la souche au CNR → réglementation MOU.**

► **Traitement du patient :** symptomatique (antalgiques paliers 1 à 3), traitement spécifique au cas par cas selon expertise : aciclovir, brincidofovir, vidofabir, immunoglobulines (cf avis HCSP).

► Prendre aux co-infections Chlamydiae trachomatis / Gonocoque / Syphilis / VIH si contexte de rapports sexuels non protégés : traitement, probabilité si symptômes évocateurs (urétrite, ano-rectale...) par ceftriaxone / doxycycline. Bilan IST à réaliser d'emblée (cf avis HAS).

► **Alerte AIS : Maladie à déclaration obligatoire (MDO).**

Infectiologue référent, nom : \_\_\_\_\_ ARS, MI : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ CNR Laboratoire

## Diaporama

Mpox : repérer, protéger, prendre en charge, alerter



## Fiches soignants

## Pack de formation

# Les établissements de santé de référence ESR REB

Dépister  
Protéger  
Prendre en charge  
Alerter  
Orienter



## ESR REB :

Experts infectiologues,  
hygiénistes, microbiologistes,  
pédiatres, réanimateurs

Laboratoire LSB3

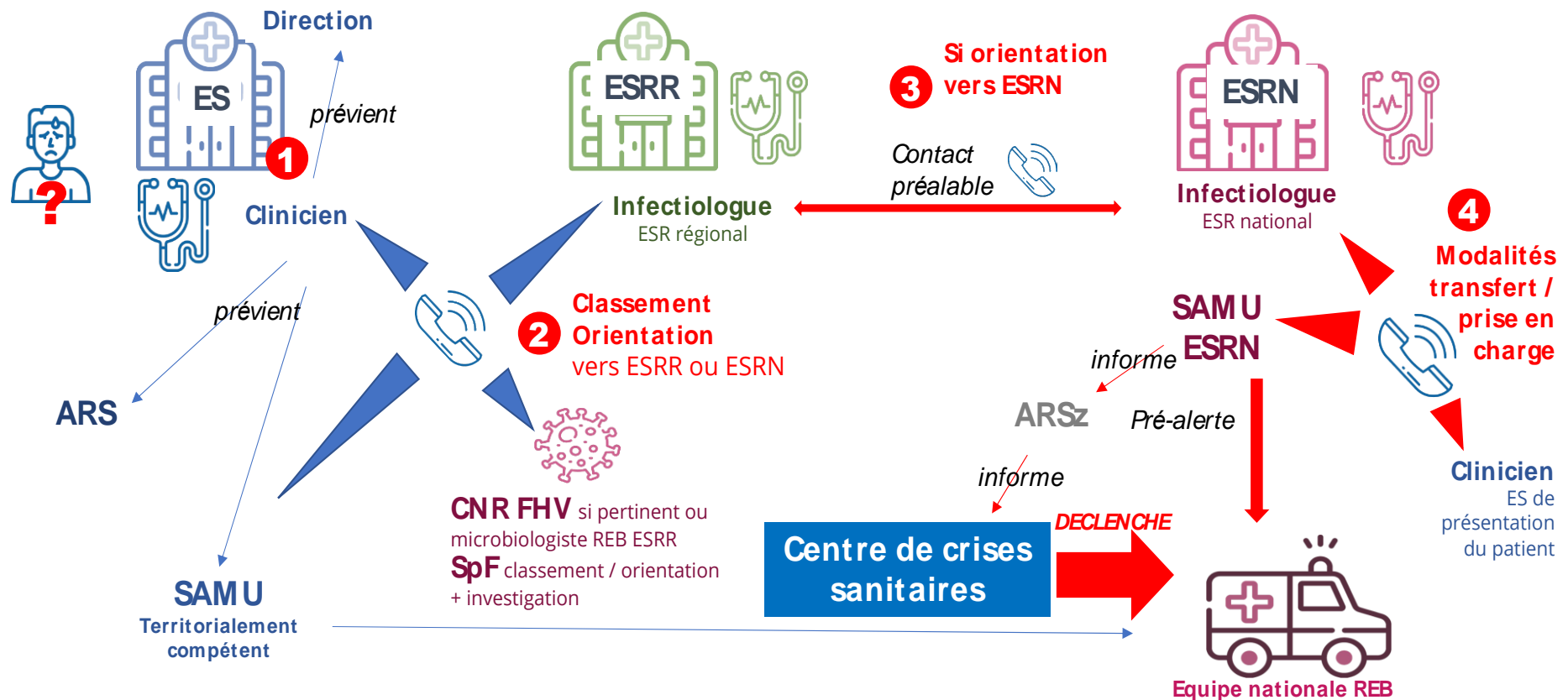
Parcours patient adapté sécurisé  
Personnels formés  
Locaux d'isolement adaptés

Montée en charge anticipée

# Déclanchement de l'équipe nationale REB

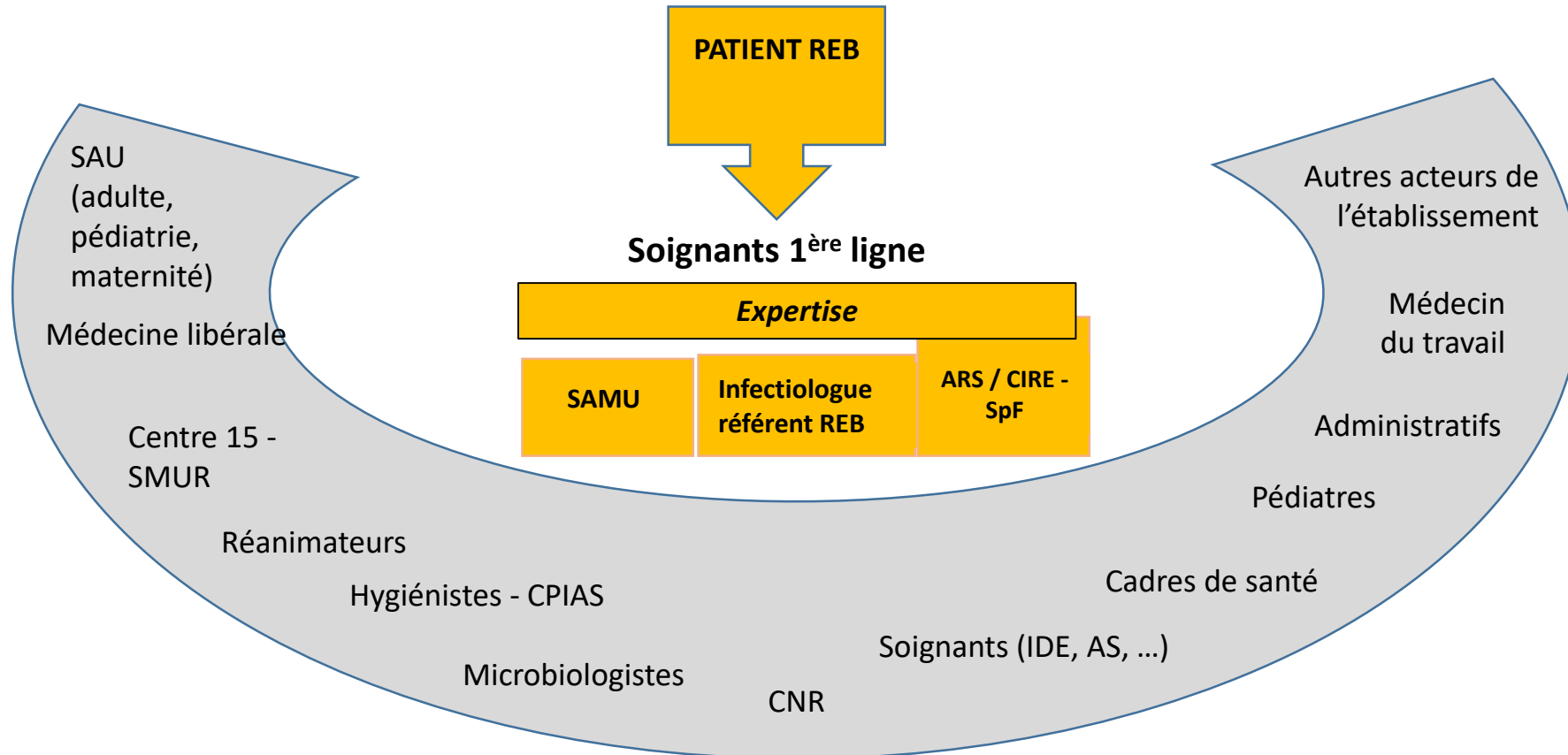
## Equipe nationale REB

Classement - Orientation d'un patient suspect REB (agent groupe 4)



MOBILISER L'EXPERTISE, ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT REB

- Dépister
- Protéger
- Prendre en charge
- Alerter
- Orienter



# Procédures COREB en cas d'alerte identifiée

## Procédure générique COREB en 10 points

Mission COREB nationale – 25 août 2018

### Infection à West-Nile virus (VWN) : repérer et prendre en charge un patient suspect

Memo épidémiologique à destination des médecins de 1ère ligne dans la zone de circulation virale

**Rappel épidémiologique (Source : ECDC, 16/08/18) :** Le virus West Nile (flavivirus transmis par piqûre de moustique commun genre Culex) affecte chaque année l'Europe centrale et le bassin méditerranéen, de début juin à novembre correspondant à la période d'activité du moustique. Cette année, la transmission est particulièrement précoce et intense : 273 patients signalés en Europe, dont 123 en Italie (3 décès), 75 en Grèce (4 décès), 39 en Hongrie et 31 en Roumanie. **Contexte actuel : en France foyer limité d'infection à Nice, avec 5 patients diagnostiqués par le CNR des arbovirus par PCR (= 1 confirmé) et sérologies (= 4 probables) entre juillet et août 2018. Il s'agit de formes fébriles non neuro-invasives de l'infection. L'investigation épidémiologique est en cours afin de préciser la zone de circulation du virus et son intensité.**

→ En cette période estivale, la fréquentation touristique des départements méditerranéens est très importante. Le renforcement de la surveillance humaine sur l'ensemble du territoire est nécessaire.

#### Dépister - Diagnostiquer

Evocuer le diagnostic devant :

- **Éléments épidémiologiques = séjour dans les 3 semaines précédant les signes dans le département des Alpes Maritimes (incubation entre 3 et 15 j), parfois difficile à dater)**
- **ET éléments cliniques - 80% des patients sont asymptomatiques - Penser à VWN devant :**
  - ⇒ syndrome pseudo-grippal estival (20% des infections) : fièvre (>38°5), céphalées, myalgies, arthralgies, nausées-vomissements ...
  - ⇒ plus rarement (<1% des infections) : tableau neurologique à type de méningite, méningo-encéphalite, paralysie flasque ou syndrome de Guillain Barré + ponction lombaire à liquide clair.

Le diagnostic biologique repose sur :

- ⇒ PCR West Nile sur sang EDTA et urines - LCR si forme neurologique
- ⇒ sérologies IgG et IgM sur tube sec (IgM identifiées le plus souvent à partir du huitième jour après l'apparition des signes cliniques).

#### Protéger

- ⇒ Pas de transmission inter-humaine de l'infection, en dehors de la transfusion et de la greffe. L'homme (et le cheval) sont des hôtes accidentels et représentent un cul de sac épidémiologique. Le réservoir est aviaire.
- ⇒ La prévention repose sur la protection individuelle (vêtements couvrants, répulsifs) et collective (lutte contre les gîtes larvaires) contre les moustiques. Pas de vaccin contre le VWN pour l'homme.
- ⇒ Information et vigilance chez les personnes co-exposées.

#### Prendre en charge - alerter

- ⇒ Traitement symptomatique.
- ⇒ Pas de traitement antiviral spécifique.
- ⇒ **Signaler à l'ARS les patients cas confirmés (PCR, culture, sérologie avec séro-neutralisation) ou probables (sérologie avec IgM).** Tel ARS : .....
- ⇒ **Contact CNR des arbovirus INSTITUT DE RECHERCHE BIOMÉDICALE DES ARMÉES (IRBA)** Tél. : 04 91 61 79 10 - Fax : 04 91 61 75 53 - HIA LAVERAN - UNITE ARBOVIRUS - BP 60149 - 13384 MARSEILLE CEDEX 13
- ⇒ **Nom / tél. infectiologue référent :** .....

Mémo infection West Nile virus – Mission COREB nationale – v. 25 août 2018

Mission COREB nationale

### QUESTIONS-CLES pour les SOIGNANTS de 1ère LIGNE Adaptées alerte EBOLA RDC (août 2018)

► Contenu susceptible d'évoluer pour s'adapter à la situation épidémiologique.



1 – Quel est le motif de la consultation ?



2 – Le patient a-t-il de la fièvre ?

- ⇒ Si oui, quelle est-elle (température prise) ?
- ⇒ Depuis quelle date ?



3 – Le patient revient-il de la province du Nord Kivu, en République Démocratique du Congo (RDC), depuis moins de 21 jours ?

- ⇒ Si oui, dates du séjour ?



4 – Le patient a-t-il des signes compatibles avec une FHV ?  
Si oui, lesquels ?

- ⇒ Asthénie, céphalées, douleurs diffuses, odynophagie, dysphagie, conjonctivite, rash, hépatosplénomégalie
- ⇒ **Forme excrétoire = diarrhée, vomissements, hémorragies, toux**



5 – Les mesures de protection sont-elles prises ?

- **Patient :** isolement chambre individuelle, SHA, masque chirurgical
- **Soignant :** SHA, masque FFP2, surblouse, gants non stériles **si forme excrétoire** : masque FFP2 résistant aux projections, pyjama usage unique, protection imperméable ou étanche couvrante, double paire de gants nitrile non stériles, port de lunettes largement couvrantes

☛ **DEPISTER = SE PROTEGER et PROTEGER LES AUTRES**

☛ **Nom du référent infectiologue à joindre :** .....

**Numéro :** ..... **Contact ARS :** .....



Mission COREB Nationale – 2 novembre 2022

## Vigilance grippe aviaire

Informations complémentaires pour la prise en charge hospitalière d'un patient suspect

### Dépister

**Patient suspect = Tableau clinique (< 10 jours après exposition) ET Exposition compatibles**

#### ► Dépister = Protéger

**Tableau clinique :** fièvre >38°C et syndrome respiratoire aigu (d'apparition brutale) comprenant toux ou expectoration ou dyspnée ou signes de pneumonie aiguë communautaire.

A ce stade, une présentation avec des manifestations extra-respiratoires atypiques ne peut être exclue : signes neurologiques en premier lieu, mais aussi rhabdomyolyse, signes digestifs, défaillance viscérale ou multi-viscérale.

**ET Exposition :** dans les 10 jours précédant les symptômes

- contact direct avec l'avifaune sauvage et domestique :

oiseaux, volailles, malades ou morts ou leurs déjections dans une zone à risque identifiée, OU contact étroit (moins de 2 mètres) avec un patient confirmé symptomatique (virus aviaire) 48h avant et jusqu'à 10 jours après l'apparition des symptômes.

#### ► En contexte de diagnostic alternatif

Haute probabilité : **grippe saisonnière, Covid-19**, ou plus rare : **pneumonie bactérienne (dont légionellose, mycoplasme, Chlamydia, Coxiella...)**

**>> Patient suspect à classer en patient possible ou à exclure = recours à l'expertise : infectiologue référent REB (via Centre 15 si besoin) + ARS incluant valence SpF + CNR**

### Protéger – Transmission respiratoire et contact = Précautions Air + Contact

► **Patient :** isolement en chambre individuelle, séparée du flux des patients (y compris patients atteints de covid 19) de la structure de soins, avec usage de solution hydro-alcoolique (SHA) et port de masque chirurgical.

► **Soignant :** précautions standard + précautions complémentaires air et contact (masque FFP2 avec fit check, surblouse couvrante avec tablier plastique si soins mouillants, paire de gants non stériles, lunettes); habillage AVANT d'entrer dans la chambre et soins regroupés pour limiter l'exposition.

► **Gestion de l'environnement :** efficacité des désinfectants d'usage en établissements de santé (sols et surfaces : norme virucide EN 14476) et filière DASRI pour les déchets de soins et effluents.

► **Identification précoce des personnes contact et co-exposés** avec l'ARS pour les contacts communautaires, avec les hygiénistes et la santé au travail pour les contacts en milieu de soins.

### Prendre en charge - un patient possible puis confirmé

Indication d'une hospitalisation pour les premiers cas - Privilégier l'accueil direct en service de maladies infectieuses pour éviter un passage dans les services d'accueil et d'urgence - Avant l'admission de groupe ? ► Hospitalisation à privilégier en ESP

# L'importance des check-lists

**BICHAT-CLAUDE  
BERNARD**

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

**CHECK-LIST POUR L'AIDE SOIGNANT DU SMIT  
PREPARATION DE L'ARRIVEE D'UN PATIENT FHV  
« CAS POSSIBLE » / « CAS AVERE »**

**BICHAT-CLAUDE  
BERNARD**

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

**CHECK-LIST POUR L'INFIRMIER DU SMIT  
PREPARATION DE L'ARRIVEE D'UN PATIENT FHV  
« CAS POSSIBLE » / « CAS AVERE »**

**BICHAT-CLAUDE  
BERNARD**

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

**CHECK-LIST POUR LE MEDECIN DE GARDE DU SMIT  
PREPARATION DE L'ARRIVEE D'UN PATIENT  
"CAS POSSIBLE"/ "CAS AVERE" FHV**

## MISSION GENERALE

- préparer le matériel nécessaire
- prendre en charge le patient

## VERIFICATION

Vérifier la fonctionnalité de l'asservissement (chauffage, climatisation, eau chaude, eau froide, interphone chambre) et fonctionnement du pas de porte.  
**Important : ne pas activer l'asservissement**

Prendre les mesures de la pression artérielle :  
- dans le SAS d'entrée (mesure de la pression artérielle)  
- dans la chambre (mesure : .....)  
- dans le SAS de sortie (mesure de la pression artérielle)

## PREPARATION

Apporter le classeur des procédures et la feuille de traçabilité des personnels exposés (porte de chambre)

## MISSION GENERALE

- Coordonner l'organisation en vue de l'accueil d'un patient cas possible/cas avéré :
- Définir le cas possible en collaboration avec l'ARS
  - Orienter le patient pour sa prise en charge (SMIT ou RMI)

## CLASSEMENT DU CAS

• Prendre les informations :  
Critères : Zone endémique (RDC nord Kivu au 17/12/18), date retour, symptômes, exposition, délai exposition-symptômes <21 jours, critère de gravité, personnels exposés *cf page 2*

OUI  NON

OUI  NON

Commande de lit

Interphone fonctionnel

Webcam et caméra

Sonnette patient fonctionnelle

Télévision/télécommande

Téléphone fonctionnel

→ Prendre le fût

- 1 bidon de

# Importance de la veille épidémiologique « Surveillance » vs « intelligence »

- <https://www.santepubliquefrance.fr>
- <https://promedmail.org>
- <https://www.cidrap.umn.edu>
- <https://www.ecdc.europa.eu>
  
- <https://www.coreb.infectiologie.com>
  
- <https://www.who.int>
- <https://www.hcsp.fr>
- <https://www.anrs.fr>
- <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/fievres-hemorragiques-virales>

## Veille épidémiologique REB de la COREB au 28/03/2025 (veille non exhaustive)

### Virus influenza aviaire A(H5N1)

#### Au Cambodge :

Le 23 mars 2025, les autorités cambodgiennes ont annoncé le décès par le virus A(H5N1) d'un enfant de 3 ans en provenance de la province de Kratie. Il s'agit du troisième cas en 2025 d'infection à A(H5N1) au Cambodge. Depuis 2003, ce pays a rapporté 75 cas humains d'A(H5N1), dont 46 décès (taux de létalité de 61%).

**Source :** <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-13-2025.pdf>

#### Aux Etats-Unis :

La surveillance de l'épidémie de grippe aviaire A(H5N1) se poursuit aux Etats-Unis. Pas de nouveau cas déclaré cette semaine avec un total de 70 cas humains de grippe aviaire A(H5N1), dont un décès, au 28 mars 2025.

**Source :** <https://www.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/index.html#human-cases>

**Ressource :** <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/grippes-zoonotiques.html>

### Fièvre hémorragique du Crimée Congo (FHCC), Irak

Irak : Premier cas de FHCC déclaré en 2025 (le 28 mars 2025) chez un enfant de 13 ans vivant à Mossoul. Pour mémoire, la FHCC est endémique en Irak.

**Source :** <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723271>

**Ressource :** <https://www.coreb.infectiologie.com/fr/fevre-hemorragique-de-crimée-congo-fhcc.html>

### Ebola (virus Soudan), Ouganda

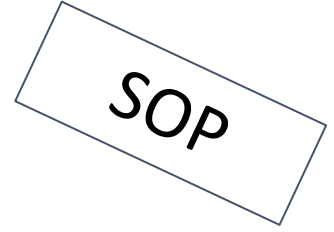
Poursuite de la surveillance de l'épidémie de maladie à virus du Soudan en Ouganda. Du 30 janvier au 27 mars 2025, un total de 14 cas (12 cas confirmés et 2 cas probables), dont 4 décès, ont été signalés. Absence de nouveaux cas depuis le 27 mars 2025, poursuite du suivi des cas contacts associés.

**Source :** <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-12-2025.pdf>

**Ressource :** <https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/procedures/20221013-fhv-ebola-vf-1.pdf>



# Signal intelligence, Alert conditions



EIS analysis

ALCON

Communication

Response

Epidemiology alert April 2nd 2025



Center for Tropical & Travel Medicine  
Department of Infectious Diseases  
Division of Internal Medicine  
Amsterdam, The Netherlands

**Relevant for travel advice / general**

ECDC weekly communicable disease threats report: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-13-2025.pdf>

**Vaccine preventable diseases**

- Measles
  - USA (New Mexico, Texas), update: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723317>
  - Vietnam: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723263>
- Diphtheria, Nigeria, update: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723325>
- Hepatitis A, Czech Republic: <https://outbreaknewstoday.substack.com/p/hepatitis-a-cases-is-increasing-significantly>
- Yellow fever, Americas, PAHO/WHO-alert: <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-yellow-fever-americas-region-26-march-2025>
- Rabies, fatalities, India (Karnataka): <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723287>
- Meningococcal meningitis, Nigeria: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723240>
- Typhoid fever, Philippines (Negros): <https://outbreaknewstoday.substack.com/p/philippines-typhoid-advisory-in-bacolod>

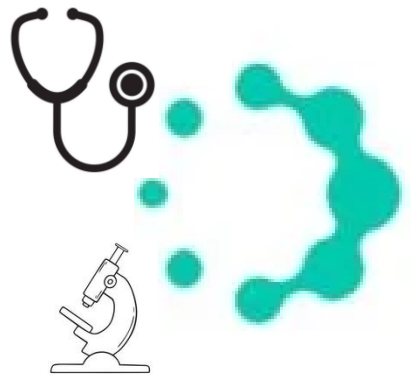
**Europe**

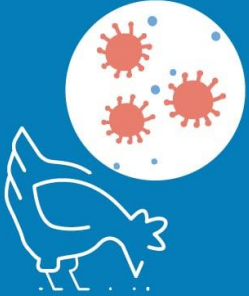
Salmonellosis, UK, unknown source: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723314>

Shiga-toxin producing *E. coli* (EHEC), Latvia: <https://promedmail.org/promed-post/?id=8723313>

**North America**

See under "Relevant for travel advice / general"



A graphic on a blue background. On the left, there is a white circle containing three red, spiky virus particles. Below the circle is a white outline of a chicken. To the right of the graphic, the text "Avian Influenza: Frequently Asked Questions" is written in white, bold, sans-serif font.

**Avian  
Influenza:**  
Frequently  
Asked Questions



**ESCMID**

